

## ПРОФІЛАКТИКА СЕРОМ ПІСЛЯ АУТОДЕРМАЛЬНОЇ ПЛАСТИКИ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

*Метельський Д.В., студ. 4-го курсу*

*Науковий керівник – доц. Л.Г. Кащенко*

*СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології*

Використання аутоотрансплантантів для закриття складних дефектів черевної стінки з відсепаровуванням під-шкірної клітковини на досить значній площині супроводжується місцевою ексудативною реакцією з утворенням інфільтратів та сером. Запальна інфільтрація в ділянці імплантата може стати причиною рецидиву гриж, оскільки в результаті прорізання швів і порушення проростання імплантата фіброзною тканиною, він може відшаруватися. Тому, профілактика сером і інфільтратів після герніотомії набуває особливого значення.

Проаналізовані результати хірургічного лікування 76 хворих на післяопераційні вентральні грижі, в яких герніопластика виконана із застосуванням перфорованого аутодермального клаптя. Чоловіків було 16, жінок – 60. Середній вік пацієнтів – 61,4 років. У 22 (28,9%) хворих, за класифікацією J. Schevrel, були рецидивні грижі великих та гігантських розмірів. У 59 (77,6%) пацієнтів трансплантат був фіксований «on lay», у 8 (10,5%) – «in lay», у 9 (11,8 %) – «sub lay». В усіх хворих шкірні клапті перед трансплантацією обробляли за методикою В.М. Янова.

З метою профілактики сером в обов'язковому порядку дренивали простір між підшкірною клітковиною і аутоотрансплантатом ( залишкова порожнина) двома полівінілхлоридними трубками через окремі контрапертури. Одразу після операції дренажні трубки під'єднували до модифікованої системи для вакуумування рани. Активну аспірацію проводили протягом 6-8 діб. У перші дві доби аспірат мав серозно-геморагічний характер, у подальшому – був подібним до лімфи. Тривалість лімфореї залежала від об'єму втручання, площі трансплантата та його розташування. Найдовше вона тривала при фіксації шкірного клаптя «on lay» у пацієнтів з великими та гігантськими грижами. Ускладнень, пов'язаних з дрениванням, не спостерігали. Навпаки це забезпечувало евакуацію ранового вмісту і створювало сприятливі умови для інтеграції аутоотрансплантата в черевну стінку. Дренажі видаляли при об'ємі ранового ексудату менше 20,0 мл за добу. Нагноєння рани та відторгнення аутоотрансплантата не спостерігали.

Для зменшення залишкової порожнини і забезпечення герметизму у ділянці рани обов'язково зашивали надапоневротичний шар клітковини фіксуючи її до трансплантату і апоневрозу. У хворих зі значною товщиною підшкірної клітковини, останню зашивали в два, а то і в три ряди. Для зменшення лімфореї і профілактики виникнення сером усім хворим у післяопераційному періоді проводили еластичну компресію ділянки операційної рани (лікувальний бандаж), призначали протизапальну та антибактеріальну терапію.

Таким чином, адекватне ушивання рани, активна аспірація ранового ексудату та еластична компресія ділянки рани в післяопераційному періоді дає змогу запобігти виникненню сером та інфільтратів після аутодермопластики післяопераційних вентральних гриж.